

ЛІТЕРАТУРА

1. Андреев А.Л., Учваткин В.Г., Седлецкий В.В., Прятко А.С. и др. Лечение холедохолитиаза. Лапароскопические вмешательства на общем желчном протоке и способы их завершения // Эндоскопическая хирургия. – 1999. – №5. – С.22-26.
2. Грубник В.В. Лапароскопические операции у больных с холедохолитиазом // Укр. журнал малоінваз. та ендоскоп. хір. – 1999, т.3. – №3. – С.47-49.
3. Королев Б.А., Пиковский Д.Л. Экстренная хирургия желчных путей. – М. – 1990. – С.138-142.
4. Луцевич Э.В., Уханов А.П., Семенов М.В. Эндоскопическая хирургия желчекаменной болезни. – М. – Великий Новгород. – 1999.
5. Малиновский Н.Н., Федоров В.Д. Хронический калькулезный холецистит // Клин. вестник. – 1994 – №4. – С.4-5.
6. Стрекаловский В.П., Старков Ю.Г., Григорян Р.С., Шишин К.В. и др. Лапароскопическая холецистэктомия при холедохолитиазе и стриктуре терминального отдела общего желчного протока // Хирургия. – 2000. – № 9. – С.4-7.
7. Огородник П.В. Лапароскопическая эксплорация общего желчного протока при холедохолитиазе, осложненном механической желтухой // Анналы хир. гепатологии. – 1998. – №3. – С.91.
8. Феденко В.В., Александров К.Р., Матвеев Н.Л. и др. Технические аспекты лапароскопической холедохолитотомии // Эндоскопическая хир. – 1995. – №2-3. – С. 11-15.
9. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Ничитайло М.Е., Доманский Б.В. Хирургия печени и желчевыводящих путей. – Киев. – 1993. – С.508.
10. Berci G. Morgenstern L. Laparoscopic management of common bile duct stones. J. Endosc. – 1994. – 8. – P.1168.
11. Carroll V.J. Phillips E.H., Chandra M., Fallas M.J. Laparoscopic transcystic duct balloon dilatation of the sphincter of Oddi. Surg. Endosc. – 1993. – 7. – P. 54.

УДК 618.1-0.72.1-08

Малоінвазивні методи діагностики та лікування в гінекології

С.П. ПОЛЬОВА

Буковинська державна медична академія

LOW-INVASIVE DIAGNOSTIC METHODS AND TREATMENT TECHNIQUES IN GYNECOLOGY

S.P. POLIOVA

Bukovynian State Medical Academy

За минуле десятиліття в оперативній гінекології суттєво змінилися принципи оперативного лікування багатьох захворювань. Розвиток ендоскопічної техніки дозволив перейти до виконання радикальних операцій з мінімальним пошкодженням структури здорових тканин із збереженням фізіологічного призначення і функцій.

The principles of surgical treatment of many diseases have changed considerably over the past decades. The development of the endoscopic technique has made it possible to shift to the performance of radical operations with minimum damage of the structure of intact tissues and the preservation of their function for the physiologically designated purpose.

Вступ. Лапароскопія та гістероскопія є переважними ендоскопічними методами, які все ширше застосовуються в оперативній гінекології [1-3]. Завдяки вагомому діагностичному та лікувальному потенціалу ендоскопії питома вага ендоскопічних операцій зросла [4,5].

Матеріали і методи. Проведено аналіз 258 випадків гінекологічних ендоскопічних втручань, виконаних протягом 1999-І кварталу 2001 рр. Лапароскопії склали 81,5 %, гістероскопії – 18,5 %. У 0,6 % випадків виконували комбіновані лапарогістероскопічні втручання. Повторні (від 3-х до 6-ти місяців) діагностичні та лікувальні лапароскопії проведено у 7 пацієнтів, а повторні гістероскопії – у 6.

Ендоскопічні втручання здійснювали із за-

стосуванням апаратури фірми “Karl Storz” (Німеччина).

Гістероскопії виконували із застосуванням жорстких гістероскопів та механічних інструментів. Підготовка пацієнток до ендоскопічних втручань обмежувалася стандартними методиками, знеболювання – шляхом ендотрахеального наркозу при лапароскопіях та внутрішньовенного – при гістероскопіях. Методика лапароскопії включала накладання маткового маніпулятора, створення пневмоперитонеуму, проведення проколів та введення оптики, огляд черевної порожнини, оперативне втручання. Завершувалась лапароскопія евакуацією макропрепарату, санацією черевної порожнини, видаленням газу, троакарів та накладанням поодиноких швів на місця проколів [6,7].

При проведенні гістероскопії розширювали цервікальний канал розширювачами Гегара, створювали оптичне середовище за допомогою 0,9 % розчину хлориду натрію та застосовували механічні маніпулятори.

Результати досліджень та їх обговорення. Загальна кількість ендоскопічних втручань, проведених в 2000 р., порівняно з 1999 р. збільшилася на 15 %. Це обумовлено зростанням кваліфікації та накопиченням досвіду гінекологів, докомплектуванням оперативної техніки, розширенням показань до ендоскопічних втручань. У пацієнок з безпліддям діагностична лапароскопія проведена у 53 % випадків, з них у 41 % – оперативна. Доброякісні неопластичні процеси в яєчниках – 32 %, ендометріоз, не пов'язаний з безпліддям – 4 %, ектопічна вагітність – 6 %, запальні процеси органів малого таза – 2,5 %, мюлерові аномалії – 0,5 %, на частку інших показань припало 2 %.

Показаннями до діагностичних гістероскопій були маткові кровотечі – 27 %, гіперпластичні процеси ендометрія – 13 %, підозра на матковий фактор безпліддя – 11 %, мюлерові аномалії – 5 %, синехії – 4 %, втрата фрагментів внутрішньоматкової спіралі – 7 %, післяпологові плацентарні поліпи – 3 % та пацієнтки на IVF – 30 %.

За останній рік помітно збільшилась кількість ендоскопічних втручань на трубах та при-

датках. Лапароскопія набула широкого застосування в ургентній гінекології, показаннями були апоплексія яєчника, позаматкова вагітність, перекут кісти яєчника.

Тривалість діагностичних лапароскопій складала 10-18 хв, оперативних – 41-165 хв. Серед оперативних лапароскопій більш тривалими були сальпінготомії з подальшою пластикою маткової труби, найменш тривалими – стерилізація. Середній ліжко-день після ендоскопічних втручань становив $(2,7 \pm 1,3)$ доби. Практично всі гістероскопії проводились в умовах денного стаціонару і склали 1 ліжко-день.

Частота ускладнень при лапароскопії в цілому становила 1,2 %. Вони були пов'язані з емфіземою (2), кровотечею з місця введення троакара (1), післяопераційний больовий синдром (2). Частота ускладнень при проведенні гістероскопії складала 1,4 % – серед них ендометрити (3), незначні кровотечі (2).

Висновки. Лапароскопія та гістероскопія є остаточними етапами у діагностиці та лікуванні гінекологічних захворювань, оскільки дозволяють здійснити візуальну оцінку стану хворої. Застосування ендоскопічних методів діагностики та лікування сприяють скороченню строків обстеження хворих, своєчасному призначенню адекватного лікування, значному економічному ефекту.

ЛІТЕРАТУРА

1. Федоров И.В., Сигал Е.И., Одинцов В.В. Эндоскопическая хирургия. – М.: ГЕОТАР Медицина, 1998. – 351 с.
2. Лапароскопия в гинекологии / Под ред. Г.М. Савельевой. – М.: ГЕОТАР Медицина, 2000. – 328 с.
3. Запорожан В.М. Эндоскопическая хирургия в гинекологии // Журнал АМН України, 1999. – Т.5, №1. – С.44-52.
4. Запорожан В.М. Эндоскопическая хирургия в гинекологии: тенденции та перспективы // Одесский мед. журн. – 1998. – №3. – С.3-7.
5. Запорожан В.М., Гладчук І.З., Волянська А.Г., Шитова А.В. Лапароскопическое, комбинированное и повторное лапароскопическое лечение у бесплодных больных с тяжким эндометриозом // Одесский мед. журн. – 1998. – №4. – С.28-30.
6. Endoscopic surgery for gynecologists / Eds: C.Sutton, M.Diamond. – London: W.B.Saunders, 1993. – 416 p.
7. Manual of Endoscopy / Ed.Dan C.Martin. – New York. Blackwell Sci. Publ., 1992. – 192 p.